

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919 — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU TUBAGE A JEUN
DANS LES
ÉTATS DYSPEPSIQUES

— • —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 4 Septembre 1919

PAR

Joseph-Constant-Alexis DELATTRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

CROIX DE GUERRE (4 CITATIONS). MÉDAILLE D'ARGENT DES ÉPIDÉMIES

Né à Quarouble (Nord), le 23 mars 1891



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, rue Rachais, 8

—
1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU TUBAGE A JEUN
DANS LES
ÉTATS DYSPEPSIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552308_0065

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919 — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU TUBAGE A JEUN
DANS LES
ÉTATS DYSPEPSIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 4 Septembre 1919

PAR

Joseph-Constant-Alexis DELATTRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

CROIX DE GUERRE (4 CITATIONS). MÉDAILLE D'ARGENT DES ÉPIDÉMIES

Né à Quarouble (Nord), le 23 mars 1894



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, rue Rachais, 8

—
1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique, radiographie et physiothérapie		LÉPINE (J.).
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		X...
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		X...
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X...
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BRETIN.	MM. ARLOING (F.).	MM. THEVENOT (L.).
COMMANDEUR.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
VORON.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR.
NOGIER.	MOURIQUAND.	FROMENT.	chargé des fonctions.
LATARJET.			SARVONAT.
			chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROQUE, Président; M. LÉPINE, Assesseur;
MM. CADE et THEVENOT (Lucien), agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur ROQUE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux de Lyon

A MES MAITRES

des Hôpitaux de Paris et de Lyon

A Monsieur le Docteur CADE

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux de Lyon

A Monsieur le Docteur PARTURIER

Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien interne des hôpitaux de Paris

A MA FEMME

A MA FAMILLE

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le Docteur Cade, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Lyon, qui nous a autorisé à recueillir les observations de son service, qui nous en a facilité l'étude en nous aidant de ses conseils et en mettant à notre disposition de nombreux documents. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion d'exprimer à notre cher maître notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il a eue pour nous et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous avons pu observer 168 malades chez lesquels ont été pratiqués le tubage à jeun et le tubage après repas d'épreuve ; tous ces malades ont été observés cliniquement avec soin, la plupart d'entre eux ont été radioscopés, quelques-uns ont subi l'intervention chirurgicale qui est venue contrôler le diagnostic. Nous possédons pour chacun de ces malades : les quantités de suc gastrique extraites après les différents tubages, les résultats des dosages de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide chlorhydrique combiné, d'acidité totale ; et nous voulons, après avoir retracé dans un court chapitre d'histoire, les phases successives par lesquelles a passé

l'étude du tubage à jeun, essayer d'étudier les rapports existants entre les résultats de ces tubages et les signes cliniques, voir en d'autres termes quelle valeur pourrait avoir le tubage à jeun dans le diagnostic des différents troubles fonctionnels et dans les organopathies de l'estomac.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est Reichmann qui, en 1882, a attiré pour la première fois l'attention sur l'existence possible de liquide le matin à jeun ; il constate le fait chez un malade auquel il avait fait un lavage d'estomac le soir et il conclut que dans certains cas pathologiques, l'estomac possédait la propriété de sécréter du suc gastrique en l'absence de toute excitation alimentaire. En 1887, après de nouvelles observations personnelles et à la suite de faits publiés dans l'intervalle par Jaworski et Gluzinski, Sahli, Schütz, Rossbach. Reichmann présente une étude plus complète de cette sécrétion à jeun sous le nom de gastro-suechorrée, que Bouveret et Devic classent comme maladie essentielle, comme syndrome protopathique, et que Jaworski et Gluzinski rattachent à une lésion anatomique glandulaire.

A la même époque et dans le but de voir si ce phénomène intéressant avait une signification pathologique, Schreiber, Martius et Riegel poursuivent leurs recherches sur des individus en apparence sains et constatent qu'il est fréquent de voir dans l'estomac, le matin à jeun, une petite quantité de liquide acide. Cette opinion est vivement combattue par nombre d'auteurs, en particulier par Soupault, qui pose en principe que toute gastro-

succorrhée permet d'affirmer l'ulcus ; par Hayem et Oettinger qui, moins affirmatifs, prétendent cependant que la présence le matin à jeun dans l'estomac d'un suc gastrique souillé de débris alimentaires ingérés la veille, est significative d'une lésion ulcéreuse siégeant dans la région pylorique ou dans la région duodénale et que la présence d'un liquide dépourvu de résidus alimentaires peut être symptomatique d'une forme mécanique de rétention ou relever simplement d'une rétention fonctionnelle ou d'une insuffisance motrice par myasthénie.

Plus récemment, Enriquez et son élève Taguet, étudiant, au point de vue clinique et pathogénique, certaines gastrosuccorrhées, en font des formes intermittentes, périodiques d'hypersécrétion à jeun ; dans ces cas, il s'agirait le plus souvent d'un trouble lié à un mécanisme nerveux réflexe à point de départ soit intestinal, soit hépatique, soit rénal, soit génital, en tout cas extra-gastrique.

La plupart des auteurs en étaient donc arrivés à considérer que chez l'individu normal il n'y avait pas de suc gastrique le matin à jeun dans l'estomac et que la gastrosuccorrhée était toujours significative d'un trouble gastrique soit d'origine fonctionnelle, soit d'origine organique. Ces derniers temps, Ramond, Carnot et Oettinger ont apporté à ce sujet leur opinion. Ramond, expérimentant sur des militaires jeunes et vigoureux, en est arrivé à constater qu'à l'état normal, avec le régime carné courant, l'estomac était vide à jeun et qu'avec le régime lacté et surtout le régime végétarien, la succorrhée apparaissait le plus souvent ; poussant les mêmes investigations chez des dyspeptiques, Ramond a constaté qu'il

n'en était plus de même et que sur 100 malades observés par lui et mis au régime carné, 66 avaient du suc gastrique à jeun dans l'estomac.

Plus récemment, Marcel Labbé, poursuivant des études de séméiologie gastrique et étudiant le sondage à jeun, en arrive également à constater qu'on ne doit pas considérer comme indice de gastrosuecorrhée pathologique la présence de 20 à 30 centimètres cubes de suc gastrique dans l'estomac ; pour cet auteur, l'estomac à jeun contient, en général, un peu de liquide acide et sur 100 explorations de dyspeptiques, Marcel Labbé a retiré 91 fois du suc gastrique à jeun.

Pron, d'Alger, qui a très souvent étudié la question au point de vue clinique et au point de vue pathogénique, en arrive dans ses dernières études à des conclusions un peu différentes et qu'il est nécessaire d'avoir présentes à la mémoire. Pour cet auteur, en effet, le contenu gastrique à jeun constitue toujours un état pathologique ; et, au point de vue diagnostique, Pron pose en principe qu'il faut préférer l'analyse du contenu à jeun à l'analyse du chyme après repas d'épreuve. Le tubage à jeun et le dosage de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique du liquide extrait paraissent donc constituer pour Pron la méthode de contrôle diagnostique la plus appropriée et la moins sujette à erreurs.

CHAPITRE II

168 Observations

Ces malades furent observés dans le service de notre maître, M. le Docteur Cade, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Lyon.

Tous les malades du service ne rentrent pas dans les tableaux suivants : seuls y figurent ceux qui ont subi les examens chimiques à jeun et après repas d'épreuve et pour lesquels nous avons cru devoir pratiquer lesdits examens.

Statistique des Malades observés

126 dyspepsies d'origine fonctionnelle. — Parmi ces 126 observations, aucun malade ne présentait d'ulcère affirmable cliniquement ou vérifié opératoirement, mais il est bien évident qu'il doit y avoir parmi ces dyspepsies étiquetées cliniquement fonctionnelles, quelques organopathies digestives larvées.

39 ulcus ou reliquats d'ulcus, dont 9 vérifiés opératoirement. Ces ulcus sont soit orificiels, soit extra-orificiels.

3 néoplasmes de l'estomac.

Tous les malades dont nous relatons l'observation ont été suivis cliniquement avec le plus grand soin ; l'examen coprologique a été pratiqué systématiquement et pour la plupart d'entre eux nous possédons les résultats de l'examen radiologique et de la cytologie du liquide de lavage, d'après la méthode préconisée par Lœper.

Nous exposerons brièvement la technique qui a été utilisée pour pratiquer le sondage à jeun et les dosages de l'acide chlorhydrique libre et combiné et de l'acidité totale.

TECHNIQUE UTILISÉE

Le malade est tubé assis ; nous n'avons pas encore utilisé le mode d'évacuation préconisé par Pron sur le malade couché. Nous nous servons de la sonde de Frémont, bien connue et dont la description nous paraît inutile, et nous extrayons le liquide par aspiration ; cette aspiration est faite très prudemment, très soigneusement, et répétée plusieurs fois, de façon à retirer tout le contenu gastrique.

Une fois le liquide extrait, nous étudions ses caractères physiques, l'aspect de la portion liquide, la présence et l'importance des résidus alimentaires plus ou moins modifiés, la couleur, l'odeur, la viscosité, la présence de mucosités, le volume du liquide après filtration. Nous pratiquons toujours l'épreuve des pruneaux et faisant manger au malade quatre ou cinq pruneaux cuits la veille au soir, nous notons dans le liquide gastrique extrait à

jeun la présence et l'importance des débris de pruneaux. Nous faisons l'analyse chimique sur le liquide filtré par la méthode de Töppfer ; dans le réactif, sont associés le diméthylamidoazobenzol, réactif de l'acide chlorhydrique libre et la phénolphthaléine, qui permet de doser l'acidité totale. On ajoute au suc gastrique quelques gouttes du réactif ; en présence de l'acide chlorhydrique libre, même en quantité très faible, ce réactif donne une teinte rouge groseille. On verse alors la solution décimale de sonde jusqu'à ce que la teinte groseille disparaisse. Si le liquide ne contient pas d'acides organiques, dès que l'acide chlorhydrique libre est saturé, la teinte rouge disparaît et est remplacée par la teinte jaune d'or primitive du réactif. On calcule sans difficulté la quantité d'acide chlorhydrique libre. Si le liquide contient des acides organiques, lorsque le rouge groseille a disparu, apparaît une coloration rouge orangé. Ce rouge orangé vire au jaune d'or, quand tous ces acides organiques sont saturés. Enfin, on continue à verser la sonde goutte à goutte jusqu'à ce qu'apparaisse la coloration rouge due à la phénolphthaléine, indiquant que tous les acides sont saturés. La quantité totale de soude employée depuis le début de l'expérience donne l'acidité totale. Le taux d'acidité est calculé pour 1.000.

On a ainsi dans un seul titrage l'acidité due à l'acide chlorhydrique libre, aux acides de fermentation, et l'acidité totale. La différence entre la somme des acides de fermentation et de l'acide chlorhydrique libre d'une part et l'acidité totale d'autre part, donne l'acidité due à l'acide chlorhydrique combiné et aux phosphates acides. Pour un certain nombre de cas nous avons recherché la

cytologie du liquide de lavage suivant la méthode préconisée par Lœper : après avoir lavé rapidement l'estomac, nous introduisons 150 à 200 centimètres cubes de sérum artificiel et sur ce liquide retiré, nous cherchons, après centrifugation, les éléments cellulaires.

Classement des Observations

I. Ulcus gastriques ou duodénaux

Ces malades présentaient des signes cliniques, radiologiques et coprologiques d'ulcus ; neuf d'entre eux ont pu être vérifiés opératoirement, quatre sont des ulcus en non-activité avec reliquats dyspeptiques.

A. Ulcus vérifiés opératoirement :

a. Gastriques extra-originaux

	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCLUDEES RÉGALES
OBSERV. n° 1. — Busch.....	Ulcus de la petite courbure avec péri-gastrite. (Gastro-entérostomie).	30 cc. de liquide sans traces de pruneaux. H cl L : 2,37 A T : 2,91 (Il y a eu vomissement au cours de la nuit qui a précédé l'extraction ci-dessus).	330 cc. de liquide homogène. H cl L : 1,42 A T : 2,92	
OBSERV. n° 2. — Baz.....	Ulcus de la petite courbure. (Gastro-entérostomie).	130 cc. de liquide épais avec nombreux débris alimentaires. H cl L : 0 A T : 1,46	180 cc. liquide homogène. H cl L : 1,20 A T : 2,29	Weber (foes) positif.

OBSERV. n° 3. — Broc..... Ulçère stomacal (petite courbure et pylore). (Gastro-entérostomie).	50 cc. liquide blanchâtre avec débris alimentaires. H cl L : 1,24 A T : 2,26	H cl L : 1,57 H cl C : 0,80 A T : 2,59	Weber négatif.
OBSERV. n° 4. — Darc..... Ulçus de petite courbure. (Gastro-entérostomie).	Liquide avec résidus alimentaires.	Weber négatif.	
β. <i>Ulçus pyloro-duodénaux.</i> *			
OBSERV. n° 5. — Lem..... Ulçus ancien : pyloro-duodéal (Gastro-entérostomie).	120 cc. avec rares débris. H cl L : 2,49 A T : 2,64	320 cc. liquide. H cl L : 1,20 H cl C : 0,83 A T : 3,3	Weber négatif.
OBSERV. n° 6. — Guil..... Ulçus duodéno-pylorique. Syndrome de Reichmann atténué. Vérification opératoire : ulcère duodéal en voie de cicatrisation, situé à 1 cm. au-dessous du pylore avec sténose-duodénale. Estomac distendu et épaissi. (Gastro-entérostomie postér. en bouton).	100 cc. sans traces alimentaires. H cl L : 1,66 A T : 2,18	380 cc. liquide homogène. H cl L : 1,35 A T : 2,44 Un mois plus tard : 450 cc. liquide homogène. H cl L : 1,71 A T : 2,72	Weber négatif.
OBSERV. n° 7. — Lapey..... Dyspepsie à type hyperchlorhydrique. Point douloureux vif au niveau de la région pylorique et spasme médio-gastrique (à la radio). Gastro-entérostomie : adhérences péripyloriques d'origine ulcéreuse.	50 cc. liquide teinté en jaune. H cl L : 0,48 H cl C : 0,70 A T : 0,99	H cl L : 1,27 H cl C : 1,25 A T : 2,65	Weber négatif.

OBSERV. n° 9. — Pto.	DIAGNOSTIC	TURAGE A JEUN	TURAGE APRÈS PÉYAN D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 9. — Pto.	Ulcer pylorique. Hématémèses; crises d'intolérance. (Gastro-entérostomie; constatation opératoire de l'ulcus.)	Liquide avec résidus alimentaires.	Hyperchlohydrie.	Weber négatif.
OBSERV. n° 9. — Silv.	Dyspepsie à type hyperchlohydrique, ulcus. (Gastro-entérostomie; ulcus avec adhérences péripyloriques.)	160 cc. liquide jaune contenant débris de pruneaux. H cl L : 4,53 H cl C : 0,44 A T : 2,11	H cl L : 3,21 H cl C : 0,58 A T : 4,01	Weber négatif.

B. — Autres ulcus.

OBSERV. n° 10. — Dro.	Ulcer petite courbure.	60 cc. liquide jaune d'or sans traces d'aliments ingérés la veille. H cl L : 4,55 A T : 1,75	250 cc. liquide homogène. H cl L : 2,88 A T : 3,14	Cytologie gastrique : rien d'anormal.
OBSERV. n° 11. — San.	Troubles dyspeptiques à type hyperchlohydrique. Aurait eu des signes d'ulcération 3 mois auparavant (Hématémèses).	55 cc. liquide sans traces d'aliments. H cl L 0,91 A T : 1,64	155 cc. liquide homogène plutôt épais. H cl L : 0,69 A T : 2,57	

OBSERV. n° 12. — Ma.....	Exulcération gastrique.	35 cc. avec débris. H cl L : 0,98 H cl C : 0,68 A T : 1,82	H cl L : 2,41 H cl C : 4,05 A T : 3,76	Weber négatif.
OBSERV. n° 13. — Abd.....	Troubles dyspeptiques. (Grosse dilatation de l'estomac. Sténose pylorique par ulcus. Syndrome Reichmann. Ancienne bacillose pleurale.	250 cc. liquide. Aliments ingérés la veille. Pruneaux. H cl L : 0,80 H cl C : 0,36 A T : 1,46	400 cc. liquide fluide avec débris alimentaires ingérés la veille. H cl L : 0,91 H cl C : 0,36 A T : 2	Petit melena.
OBSERV. n° 14. — Perra.....	Ulcus duodénal. Syndrome douloureux tardif intermittent. Plusieurs melænas. Une seule hématurie. Point duodénal douloureux.	40 cc. liquide sans traces de pruneaux. H cl L : 2,26 A T : 3,2	75 cc. liquide. H cl L : 2 A T : 2,91 90 cc. liquide. H cl L : 1,38 A T : 2,37	Weber négatif.
OBSERV. n° 15. — Eyr.....	Syndrome de Reichmann (ulcus ou exulcération).	180 cc. de liquide jaune contenant débris de pruneaux et d'aliments. H cl L : 1,09 H cl C : 0,51 A T : 1,82 Un mois plus tard : 40 cc. liquide sans traces de pruneaux. H cl L : 2,09 A T : 2,99	Un mois plus tard : 465 cc. liquide homogène bien mastiqué. H cl L : 2,37 A T : 3,21	Weber négatif.

DIAGNOSTIC	TITRAGE A JEUN	TITRAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCULAIRES RÉTINALES
OBSERV. n° 16. — Cr.	Syndrôme de Reichmann. Mau- vais état général. Ulcus pro- bable.	240 cc. liquide jaune-vert, avec débris alimentaires. H cl L : 1,09 H cl L : 4,38 AT : 2,81	H cl : 4,64 H cl : 0,91 A T : 3,28 Weber négatif.
OBSERV. n° 17. — Mar.	Syndrôme dyspeptique tardif. Vomissements alimentaires fréquents. Pas d'hémorragies oculaires, ré- tinales. Retard d'évacuation à la radio. Sténose pylorique large.	85 cc. débris alimentaires. Couleur vert-jaune. H cl L : 0 H cl C : 1,46 AT : 3,02	Coloration jaune vert. odeur rance. H cl L : 0,54 H cl C : 0,36 A T : 2,19 Weber négatif.
OBSERV. n° 18. — Boy.	Ulcus (Duodénal probable- ment.	75 cc. de liquide blanc avec débris. H cl L : 2,84 H cl C : 0,29 AT : 3,28	H cl L : 2,11 H cl C : 0,69 A T : 3,03 Nombreux polynu- cléaires dans le liquide de lavage de l'estomac.
OBSERV. n° 19. — Berry.	Dyspepsie à type hyperchloro- dylique. Estomac dilaté. Point douloureux à la pression de la région pyloro-duodénale. Ulcus probable.	490 cc. liquide blanchâtre. Nombreux débris. H cl L : 0,73 H cl C : 0,83 AT : 1,75	H cl L : 1,93 H cl C : 0,69 A T : 2,92 Weber négatif.
OBSERV. n° 20. — Guy.	Ulcus duodénal probable.	30 cc. sans débris. H cl L : 2,44 H cl C : 0,47 AT : 3,06	H cl L : 1,57 H cl C : 4,46 A T : 3,06 Weber faiblement positif.

OBSERV. n° 21. — Form.	Ulcus duodénal.	35 cc. avec quelques débris. H el L : 2,37 H el C : 0,10 A T : 2,73	H el L : 2,44 H el C : 0,84 A T : 3,65	Hémorragies ocul- tes fécales.
OBSERV. n° 22. — Ki.	Ulcus stomacal. A eu deux petites hématé- mèses.	56 cc. avec débris. H el L : 0 H el C : 0,40 A T : 0,51	H el L : 0 H el C : 0,73 A T : 1,89	Weber positif (fè- ces). Présence de polyn. dans le liquide de la- vage stomacal.
OBSERV. n° 23. — Marq.	Ulcus gastrique. A eu des hématinés.	Quelques gouttes liquide blan- châtre contenant quelques débris de pruneaux. H el L : 1,64 H el C : 0,36 A T : 2,23	H el L : 2 H el C : 0,76 A T : 2,99	
OBSERV. n° 24. — Frais.	Syndrome de Reichmann. Contractions péristaltiques vi- sibles. Ulcus gastrique.	50 cc. avec mucosités sans débris. H el L : 0,91 H el C : 0,35 A T : 2,64	H el L : 2,19 H el C : 0,91 A T : 3,65	Weber négatif.
OBSERV. n° 25. — Pontr.	Syndrome de Reichmann. Sténose pylorique incomplète par ulcus.	500 cc. liquide jaunâtre avec débris. H el L : 1,46 H el C : 0,91 A T : 2,55 A 15 jours d'intervalle : infi- mes débris de pruneaux : 0,63 cc. blanchâtre. H el L : néant H el C : 0,37 A T : 0,55	H el L : 1,93 H el C : 0,65 A T : 2,81	Weber négatif.

DIAGNOSTIC	TITRAGE A JEUN	TITRAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCULTES FÉCALES
OBSERV. N° 26. — Bcl..... Ulcus ou reliquat d'ulcus. Syndrome de Reichmann. Pas d'hémorragies occultes fécales.	75 cc. de liquide avec débris alimentaires. H cl L : 0,54 A T : 1,8	150 cc. sans débris de pruneaux (le malade a vomé la veille au soir). H cl L : 0,84 H cl C : 0,43 A T : 2,19	Weber négatif.
OBSERV. N° 27. — Molu..... Syndrome douloureux tardif soulagé par l'alimentation. Crises douloureuses périodiques. Ulcus.	50 cc. sans débris alimentaires. H cl L : 1,16 A T : 1,53	135 grammes de liquide. H cl L : 2 A T : 2,7	Weber négatif.
OBSERV. N° 28. — Rey..... Syndrome hyperchylodrique sans signes de rétention. Intervention : Pas d'ulcus visibles; gastro-entérostomie donne amélioration, puis signes de cirrhus vicissus. Nouvelle intervention : Duodéno-jéjunostomie, on note de la réaction péritonéale au niveau de la 1^{re} bouche. Ulcus peptique jéjunal ?	40 cc. de liquide. Pas de pruneaux. H cl L : 1,09 A T : 1,61	30 cc. de liquide H cl L : 2,29 A T : 3,55	Weber négatif.
OBSERV. N° 29. — Oll..... Ulcus duodénal probable avec réaction colique. Présence d'H cl L.	Quelques gouttes de liquide sans débris. Présence d'H cl.	H cl L : 1,82 H cl C : 1,24 A T : 2,28	Weber positif.

OBSERV. N° 30. — Masl.....	Ulcus pyloro-duodénal : douleurs tardives soulagées par l'alimentation. Dilatation de l'estomac avec clapotage à jeun. Un peu de retard d'évacuation, malgré des contractions énergiques, avec point douloureux duodénal (à la radio).	60 cc. de liquide H el L : 4,55 A T : 2,55	Weber négatif.
OBSERV. N° 31. — Ros.....	Syndrome hyperchlorydrique avec hypersecretion à jeun. Estomac allongé et dilaté avec point douloureux pylorique la radioscopie.	55 cc. de liquide H el L : 2,48 A T : 2,92	80 cc. liquide H el L : 2,76 A T : 3,06 Weber douteux.
OBSERV. N° 32. — Gasq.....	Petit ulcus pyloro-duodénal. Point douloureux pylorique (à la radio).	28 cc. blanchâtre sans débris. H el L : 1,86 H el C : 0,47 A T : 2,52	Présence de polynucléaires (cytologie gastrique). Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 33. — Pas.....	Troubles dyspeptiques. Douleurs tardives. State gastrique à la radio. Ulcus.	80 cc. de liquide avec minimes parcelles alimentaires. H el L : 0,7 A T : 1,83	Hémorragies occultes fécales. Weber positif.)

OBSERV. n°	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS DÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES FÉCALES
31. — Perr.....	Ulcus duodénal probable.	32 cc. blanchâtre avec infimes débris. H cl L : 1,1 H cl C : 0,54 A T : 1,82	H cl L : 1,82 H cl C : 0,91 A T : 3,10	Weber négatif.
35. — Trou.....	Ulcus stomacal ou mieux ul- céro néoplasme (petite com- bine) à forme anémique.	10 cc. liquide sans débris. H cl L : 0,14 H cl C : 0,36 A T : 0,34	H cl L : 0,36 H cl C : 2,62 A T : 3,21	
2. — <i>Ulcus guéris ou ulcus en non-activité avec reliquats dyspeptiques.</i>				
36. — Barlev...	Ancien ulcus pyloro-duodénal très amélioré. Syndrome douloureux tardif. Anciennes gastrorragies (en 1918).	20 cc. liquide sans aliments. H cl L : 0 A T : 0,92	traces 250 cc. liquide. H cl L : 1,53 A T : 2,33	Weber négatif.
37. — Laur.....	A eu un ulcus avec hémato- mèses et melana. (Garde encore quelques troubles dyspeptiques. Evacuation de l'estomac un peu lente.	40 cc. liquide. H cl L : 1,13 A T : 2,26 40 cc. liquide. H cl L : 0 A T : 0,80	90 cc. liquide. H cl L : 0 A T : 0,80 90 cc. : liquide. H cl L : 1,13 A T : 2,26	Weber négatif.

OBSERV. n° 33. — Tic.....	Ancien iletus gastrique. Syndrome ictéreux en 1917. Troubles dyspeptiques à type hyperchlorhydrique. Evacuation ralentie, mais pas de stase permanente. Pas d'hémorragie occulte fécale.	Le lavage ne ramène que le mucus un peu trouble. H el L : 0,28 A T : 0,18	8 cc. liquide avec mucus, parcellules alimentaires insignifiantes.	La cytologie après lavage montre : Nombresuses petites cellules rondes granuleuses. Nombresuses glandes cellulaires granuleuses. Quelques hématies et leucocytes. Weber négatif.
OBSERV. n° 34. — Vermo.....	Douleur au niveau de l'antre pylorique (à la radio).		75 cc. liquide jaune or sans traces de pruneaux ingérés la veille. H el L : 0 A T : 0,65	Weber négatif
	Troubles dyspeptiques depuis deux ans. Syndrome hyperchlorhydrique. Estomac un peu dilaté cliniquement et à la radio. Aurait eu petites hématémèses. Reliquat d'ulcère : rétrécissement pylorique large.		220 cc. liquide H el L : 0,91 A T : 2	

II — *Néoplasmes de l'estomac*

Nous n'avons pu observer que trois néoplasmes de l'estomac : ces malades ont des signes cliniques et radiologiques certains de cancer de l'estomac.

OBSERV. n° 40. — Bru.....	Sténose pylorique par néoplasme.....	20 cc. de bouillie alimentaire de la veille. Odeur fétide.	Weber positif
OBSERV. n° 41. — Laqu.....	Syndrome gastrique tardif. Pas d'hyperchlorhydrie. Déformation de la région pylorique à la radio. Paquet de ganglions sus-claviculaires à gauche. Néoplasme gastrique.	Négatif. H el L : 4,27 H el C : 1,24 A T : 2,73	Weber négatif

OBSERV. n°	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REFAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES ÉGALES
OBSERV. n° 42. — Gon.....	Troubles dyspeptiques depuis 40 mois. Vomissements ali- mentaires précoces. Dégoût pour la viande. Anachlory- drie. Tumeur perceptible (petite courbure). Gros mai- grissement. Néoplasme sto- macal.	A peine quelques gouttes de liquide épais sans débris....	H cl C : 0 H cl C : 0,33 AT : 0,58	Weber faiblement positif.
OBSERV. n° 43. — Bern.....	Troubles dyspeptiques. Syn- drome douloureux tardif. Localisation douloureuse duodénale à la radio.	60 cc. liquide. Pas de pruneaux. H cl L : 0 AT : 0,43	180 cc. liquide. H cl L : 0,76 AT : 1,97	Weber négatif.
OBSERV. n° 44. — Per.....	Syndrome hyperchlorhydrique. Estomac dilaté à la radio.	60 cc. liquide. Pas de pruneaux. H cl L : 1,42 AT : 2,22	130 cc. liquide. H cl L : 2,04 AT : 2,51	Weber négatif.

III. — Dyspepsies d'origine fonctionnelle

Certains de ces malades sont peut-être des ulcus larvés, mais nous n'avions pas d'éléments certains pour les classer parmi les ulcéreux. Il y a un assez grand nombre de dyspepsiques gastro-intestinaux, un assez grand nombre d'hyperchlorhydriques, de névropathes, de ptosiques ; quelques dyspepsies d'origine hépatique.

OBSERV. n° 43. — Bern.....

Troubles dyspeptiques. Syn-
drome douloureux tardif.
Localisation douloureuse
duodénale à la radio.

60 cc. liquide.
Pas de pruneaux.
H cl L : 0
AT : 0,43

180 cc. liquide.
H cl L : 0,76
AT : 1,97

Weber négatif.

OBSERV. n° 44. — Per.....

Syndrome hyperchlorhydrique.
Estomac dilaté à la radio.

60 cc. liquide.
Pas de pruneaux.
H cl L : 1,42
AT : 2,22

130 cc. liquide.
H cl L : 2,04
AT : 2,51

Weber négatif.

OBSERV. n° 45. — Garn.	Dyspepsie ancienne à type hyperchlordrique. Atonie gastro-intestinale avec ptose.	30 cc. liquide gastrique jaune ocre sans traces d'aliments. A T : 2,15	420 cc. liquide. H cl L : 1,78 A T : 2,59	Weber négatif.
OBSERV. n° 46. — Pan.	Syndrome tardif. Dilatation atonique de l'estomac à la radio. Retard de l'évacuation.	Négatif.	30 cc. dechyme homogène. H cl L : 1,09 H cl C : 0,36 A T : 2,55	Weber négatif.
OBSERV. n° 47. — Per.	Dyspepsie surtout intestinal. Colopathique avec coélgie. Atonie abdominale. Ptose.	Négatif.		Weber négatif.
OBSERV. n° 48. — Sus.	Dyspepsie. Anachlorhydrie sans signe d'organopathie digestive. Atonie gastrique sans stase.	40 cc. liquide. H cl L : 0	440 cc. liquide. H cl L : 0 A T : 0,36	Weber négatif.
OBSERV. n° 49. — Jour.	Troubles dyspeptiques à type hyperchlordrique.	40 cc. liquide jaune, or sans trace de pruneaux. H cl L : 1,25 A T : 2,14	40 cc. liquide homogène. H cl L : 2,40 A T : 3,35	Weber négatif.
OBSERV. N° 50. — Be.	Syndrome hyperchlordrique. Estomac allongé, à la radio. Ptose. Coélgie.	40 cc. Pas de débris de pruneaux. H cl L : 0 A T : 0,69	490 cc. H cl L : 2,1 A T : 2,9	Weber (fèces) négatif.

OBSERV. N°	DIAGNOSTIC.	TURAGE A JEUN	TURAGE APRÈS REPAS DÉPREUVE	HÉMORRAGIES OU FÈCES FÉCALES
OBSERV. N° 51. — Ant.	Ancien dysentérique. Syndrome hyperchlordyrique atténué. Atonie stomacale.	40 cc. liquide sans traces de sang. Pas de débris de pruneaux. H cl L : 4,2 A T : 2,24	40 cc. de liquide homogène. H cl L : 1,86 A T : 2,58	Weber négatif.
OBSERV. N° 52. — Plant.	Troubles gastro-intestinaux. Il s'agit avant tout d'un neurothénique. Pas de signes objectifs.	5 cc. environ. H cl L : 0	200 cc. liquide. H cl L : 0 A T : 0,36	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. N° 53. — Leg.	Dyspepsie nerveuse. Anachlordyrie.	Négatif	180 cc. liquide. H cl L : 0 A T : 0,985	Weber légèrement vert.
OBSERV. N° 54. — Alla.	Dyspepsie ancienne à type hyperchlordyrique. Atonie stomacale avec plôse. Quelques troubles intestinaux. Asthénie.	Négatif	230 cc. liquide. H cl L : 1,75 A T : 2,66	Weber négatif.
OBSERV. 55. — Fil.	Troubles dyspepsiques d'ordre fonctionnel.	Négatif	75 cc. liquide homogène. H cl L : 0,54 A T : 1,99	
OBSERV. N° 56. — Mar.	Dyspepsie fonctionnelle discrète.	55 cc. liquide. H cl L : 1,64 A T : 2,15		Weber (fèces) négatif.

Observ. n° 57. — Sor.	Troubles dyspeptiques intestinaux. Ulcération du colon (ulcère simple du colon).	H cl L : 2,44 H cl C : 0,40 A T : 2,92	Weber douteux.
Observ. n° 58. — Mou.	Troubles dyspeptiques sans signes d'organopathie gastrique.	H cl L : 1,31 H cl C : 0,73 A T : 2,37	
Observ. n° 59. — Per.	Troubles gastro-intestinaux. Sagit avant tout d'un névropathie.	H cl L : 1,09 H cl C : 0,91 A T : 2,30	
Observ. n° 60. — Goll.	Dyspepsie à type hyperchlorhydrique.	H cl L : 2,70 H cl C : 0,43 A T : 3,46	
Observ. n° 61. — Vol.	Troubles gastro-intestinaux. Colopathie prédominante.	H cl L : 0 H cl C : 0,98 A T : 1,34	Hémorragies faciales soit occultes, soit évidentes.
Observ. n° 62. — Char.	Malaises gastriques. Troubles intestinaux prédominants.	H cl L : 0,53 H cl C : 1,71 A T : 3,02	Quelques polynucléaires (cytologie gastrique).

OBSERV. n° 63. — Cour.	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 63. — Cour.	Troubles gastro-intestinaux avec prédominance des phé- nomènes dyspeptiques intes- tinaux.	10 cc. sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,29 A T : 0,57	H cl L : 0,18 H cl C : 1,46 A T : 2	
OBSERV. n° 64. — Dup.	Malaises gastriques. Poussées d'entérite. Prose.	33 cc. sans débris. H cl L : 1,64 H cl C : 0,73 A T : 2,66	H cl L : 0,94 H cl C : 1,42 A T : 2,92	
OBSERV. n° 65. — Pa.	Troubles dyspeptiques gastro- intestinaux, colopathie.	20 cc. contenant nombreux dé- bris. H cl L : 0,29 H cl C : 0,29 A T : 0,91	H cl L : 0 H cl C : 1,67 A T : 1,93	Nombreux polynu- cléaires (cytolo- gie gastrique).
OBSERV. n° 66. — Cha.	Dyspepsie à type hyperchloro- drique. Hypersécrétion à jeun (légère)	85 cc. fortement teinté marron, quelques petits débris. H cl L : 0,36 H cl C : 0,48 A T : 0,80	H cl L : 1,64 H cl C : 0,47 A T : 2,33	
OBSERV. n° 67. — Sou.	Troubles dyspeptiques gastro- intestinaux.	18 novembre : négatif. 7 décembre : 40 cc. contenant petits débris. H cl L : 0 H cl C : 0 A T : indosable.	H cl L : 0,29 H cl C : 0,51 A T : 1,09	

OBSERV. n° 68. — Fès.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux (diarrhée, etc.)	60 cc. jaune avec débris. H el. L : 0 H el. C : 0,43 A T : 1,60	Assez nombreux leucocytes (cytologie gastrique).
OBSERV. n° 69. — Pac.....	Dyspepsie nerveuse (aérophagie, nausées, vertiges, spasme, colique). Il s'agit d'un névropathe.	30 cc. jaune, intimes débris. H el L : 0,91 H el C : 1,09 A T : 2,57	Très nombreux polynucéaires.
OBSERV. n° 70. — Per.....	Troubles gastro-intestinaux, gastrite chronique et réaction spasmodique du gros intestin, avec un certain degré de ptose.	45 cc. verdâtre, minimes débris. H el L : 0,58 H el C : 0,88 A T : 1,64	Assez nombreux polynucéaires. (Cytologie gastrique). Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 71. — Val.....	Troubles dyspeptiques. Entérococolite muco-membraneuse.	20 cc. blanchâtre Minimes débris de pruneaux. H el L : 0 H el C : indosable A T : indosable	
OBSERV. n° 72. — T.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	110 cc. jaune. H el L : 0 H el C : 0,29 A T : 0,43	
OBSERV. n° 73. — Au.....	Névropathie. Aérophagie. Syndrome gastrique précoce.	20 cc. de liquide fortement jaune avec très petits débris de pruneaux. H el L : 0,98 H el C : 0,07 A T : 1,20	Weber (feces) négatif.

Observ.	Diagnostic	Tubage à jeun	Tubage après repas d'épreuve	Hémorragies occultes fécales
Observ. n° 74. — Pl.....	Troubles gastro-intestinaux. Syndrome gastrique précocé. Radioscopie gastrique normale.	35 cc. liquide épais filant, mu- queux. H cl L : 0,69 H cl C : 0,94 A T : 4,93	H cl L : 0,36 H cl C : 1,09 A T : 2,84	Weber (fèces) négatif
Observ. n° 75. — Ad.....	Syndrome gastrique tardif avec vomissements répétés, abon- dants. Péritonite sous-hépatique avec élément névropathique sura- jouté.	35 cc. verdâtre. H cl L : traces A T : 0,94 Pas de résidus alimentaires	H cl L : 0 H cl C : 4,27 A T : 1,82	Weber (fèces) négatif
Observ. n° 76. — La.....	Troubles dyspeptiques gastro- intestinaux.	7 cc. sans débris H cl L : 0,54 H cl C : 0,01 A T : 4,09	H cl L : 4,53 H cl C : 0,47 A T : 2,73	
Observ. n° 77. — Blas.....	Troubles dyspeptiques d'ori- gine hépatique.	30 cc. vert très clair, sans dé- bris. H cl L : 4,27 H cl C : 0,54 A T : 2,23	H cl L : 4,94 H cl C : 0,91 A T : 2,55	Weber (fèces) négatif
Observ. n° 78. — Jus.....	Syndrome hyperchlohydrique. Hypersécrétion à jeun légère.	35 cc. liquide jaune. Nombreux détritus de pruneaux H cl L : 4,02 H cl C : 0,62 A T : 2,42	H cl L : 1,38 H cl C : 0,98 A T : 3,24	Jamais d'hémorragies

OBSERV. n° 79. — Bou.....	Hyperchlordrie. Troubles intestinaux. Corde colique. Estomac normal à la radio.	50 cc. jaune avec débris. H cl L : 0,27 H cl C : 0,36 A T : 2	H cl L : 0 H cl C : 1,09 A T : 2,73	
OBSERV. n° 80. — Wan.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	Négatif	H cl L : 0,54 H cl C : 0,91 A T : 1,82	
OBSERV. n° 81. — Gué.....	Syndrome dyspeptique à type hyperchlordrique.	30 cc. liquide blanchâtre H cl L : 2,08 H cl C : 0,02 A T : 2,84	H cl L : 0 H cl C : 1,64 A T : 2,92	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 82. — Br.....	Ancien éthylique et saturnin. Dyspepsie à type hyperchlordrique. Légère ptose stomacale sans rétention.	50 cc. liquide jaune. Rares débris alimentaires. H cl L : 0 H cl C : 0,36 A T : 0,73	H cl L : 1,64 H cl C : 2 A T : 3,10	Weber négatif
OBSERV. n° 83. — Las.....	Dyspepsie intestinale. Corde colique gauche. Anachlordrie.	6 cc. liquide blanc avec mucosités. H cl L : 0	H cl L : 0 H cl C : 0,73 A T : 1,45	Weber négatif
OBSERV. n° 84. — Bot.....	Troubles dyspeptiques rebelles gastrite hyperpeptique.	20 cc. liquide verdâtre avec très fins débris de pruneaux. H cl L : 3,28 H cl C : 0,54 A T : 4,19	H cl L : 1,82 H cl C : 0,01 A T : 2,19	Weber négatif

OBSERV. n° 85. — Cal	DIAGNOSTIC	TITRAGE A JEUN	TITRAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 86. — Des	Etat dyspepsique, gastro-intestinal chronique. Syndrome dyspepsique à type variable. Atachlorhydrie.	10 cc. liquide épais légèrement jaune. H cl L : 0 AT : 0,54 5 cc. liquide muqueux filant. H cl L : 0 Deux gouttes de solution d'acide normale de soude donnent la teinte rose.	H cl L : 0 H cl C : 0,54 AT : 1,09 H cl L : 0 Réaction jaune or dès le début. AT : 0,48	Weber (féces) négatif.
OBSERV. n° 87. — Chau	Dyspepsie gastro-intestinale. Ptose. Léger retard d'évacuation stomacale à la radio.	98 cc. liquide épais filant très jaune. H cl L : 0,73 H cl C : 0,01 AL : 1,09	H cl L : 0,54 H cl C : 1,46 AT : 2,73	Weber négatif.
OBSERV. n° 88. — Leb	Dyspepsie à type hyperchlorhydrique.	14 cc. légèrement jaune contenant salive. H cl L : 0 AT : 0,36	H cl L : 2 H cl C : 0,73 AT : 3,75	Weber négatif.
OBSERV. n° 89. — Fer	Entéro colite.	Négatif.	H cl L : 0,62 H cl C : 1,31 AT : 2,55	

OBSERV. n° 90. — Gros.....	Dyspepsie à type hyperchlorydrique sans signes permettant d'affirmer ulcus.	Négatif.	H cl L : 4,46 H cl C : 0,84 A T : 2,55	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 91. — Duf.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	12 cc ³ blanchâtre avec quelques débris. H cl L : 0,65 H cl C : 4,02 A T : 1,97	H cl L : 0,73 H cl C : 2,37 A T : 3,65	Assez nombreux polynucléaires (cytologie gastrique). Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 92. — Arn.....	Dyspepsie d'ancienne date. Atonie stomacale.	10 cc. liquide blanchâtre avec quelques débris de pruneaux. H cl L : 0,48 H cl C : 0,36 A T : 0,60	H cl L : 0,94 H cl C : 0,65 A T : 1,93	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 93. — Fou.....	Troubles intestinaux. Phénomènes gastriques précoces. Hyperacidité sans hyperchlorhydrie.	20 cc. liquide blanchâtre très épais, avec quelques débris. H cl L : 0,91 H cl C : 0,54 A T : 1,57	H cl L : 0,22 H cl C : 2,49 A T : 3,28	
OBSERV. n° 94. — Dep.....	Dyspepsie hypochlorhydrique. Atonie stomacale sans rétention notable.	28 cc. liquide assez épais, fortement teinté en jaune vert, sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,22 A T : 0,55	H cl L : 0,03 H cl C : 0,40 A T : 0,62	Weber (fèces) négatif.

	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS DÉPRÊTÉ	HÉMORRAGIES GECULTES FÉCALES
OBSERV. n° 95. — Str.....	Syndrome gastrique variable. Névropathie.	20 cc. liquide jaunâtre avec quelques débris. H cl L : 0 H cl C : 0,48 A T : 0,65	H cl L : 1,20 H cl C : 0,80 A T : 2,19	
OBSERV. n° 96. — Lau.....	Dyspepsie à type hyperchlo- ridique avec légère hypersé- crétion permanente. Cœ- liac.	85 cc. liquide blanchâtre avec débris de pruneaux. H cl L : 1,02 H cl C : 0,25 A T : 1,46	H cl L : 0 H cl C : 0,76 A T : 1,09	Weber. (féces) négatif
OBSERV. n° 97. — Le.....	Syndrome hyperchlohydrique. Troubles intestinaux.	5 cc. jaune vert sans détritux H cl L : 0,80 H cl C : 0,95 A T : 1,46	H cl L : 4,71 H cl C : 0,47 A T : 3,10	
OBSERV. n° 98. — An.....	Troubles dyspeptiques, hy- perchlohydrie chez un sujet présentant une sclérose an- cienne du sommet droit.	40 cc. liquide jaune sans débris de pruneaux. H cl L : 1,46 H cl C : 0,73 A T : 2,37	H cl L : 2,04. H cl C : 0,47 A T : 2,77	
OBSERV. n° 99. — Bes.....	Dyspepsie à type hyperchlo- ridique. Estomac allongé à la radio. Troubles intestinaux névropathie.	35 cc. liquide jaunâtre sans débris. H cl L : 1,46 H cl C : 0,36 A T : 2,04		Weber (féces) négatif

CHESERV. n° 100. — Jul..... Dyspepsie. Ptose abdominale. Atonie stomacale.	50 cc. liquide jaune. H cl L : 4,64 H cl C : 0,18 A T : 4,93	H cl L : 0,80 H cl C : 0,65 A T : 1,71	Weber (fèces) négatif.
CHESERV. n° 101. — Geo..... Dyspepsie gastro-intestinale. Névropathie-Coelalgie.	80 cc. liquide jaune avec débris de pruneaux. H cl L : 0,81 H cl C : 0,43 A T : 4,60		
CHESERV. n° 102. — Chev..... Dyspepsie à type hyperchlorhydrique. Ilypersécrétion chez un nerveux. Aucun signe ne permettant d'affirmer un ulcus.	115 cc. liquide jaune avec débris. H cl L : 0,91 H cl C : 0,54 A T : 4,60*	H cl L : 4,64 H cl C : 0,80 A T : 2,73	Weber (fèces) négatif.
CHESERV. n° 103. — Bal..... Dyspepsie d'origine hépatique.	50 cc. Nombreux débris, teinté de bile. H cl L : 4,05 H cl C : 0,54 A T : 4,82	H cl L : 2,11 H cl C : 4,02 A T : 3,72	
CHESERV. n° 104. — Epa..... Dyspepsie d'origine vésiculaire.	40 cc. fortement teinté. Nombreux débris de pruneaux. H cl L : 4,09 H cl C : 0,32 A T : 4,64	H cl L : 0,73 H cl C : 4,38 A T : 2,40	Weber (fèces) négatif.

OBSERV. n°	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 105. — Luc.....	Syndrome hyperchlordyrique.	20 cc. liquide blanchâtre, contenant quelques débris de pruneaux. H cl L : 0 H cl C : 0,65 A T : 0,83	H cl L : 0,73 H cl C : 0,87 A T : 1,86	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 106. — Gue.....	Syndrome gastrique précoce. Névropathie avec vomissements précoces; Colialgie.	Sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,21 A T : 0,32	H cl L : 1,89 H cl C : 0,95 A T : 3,03	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 107. — Feg.....	Vomissements à type névropathique. Syndrome gastrique précoce. Aucun signe d'ulcus.	14 cc. jaune sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,1 A T : 0,4	H cl L : 0,36 H cl C : 1,17 A T : 1,68	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 108. — Luc.....	Paludisme et dysenterie. Troubles gastriques et intestinaux.	35 cc. liquide jaunâtre, contenant très nombreux pruneaux. H cl L : 1,20 H cl C : 0,54 A T : 1,93	H cl L : 1,75 H cl C : 0,54 A T : 2,41	Weber négatif.
OBSERV. n° 109. — Bar.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux. Ptose.	H cl L : 0 H cl C : 0,36 A T : 0,40 60 cc. liquide verdâtre.	H cl L : 1,35 H cl C : 0,54 A T : 2,99	Weber négatif.

OBSERV. n° 110. — Laf	Syndrome gastrique précocé. Hyperchlordrie. Troubles intestinaux. Ptose. Cœlialgie. Névropathe.	55 cc. liquide blanchâtre, sans débris. H cl L : 1,90 H cl C : 0,25 A T : 2,33	H cl L : 2,73 H cl C : 0,51 A T : 3,37	Weber négatif.
OBSERV. n° 111. — Voi	Dyspepsie sans hyperchlordrie et sans signes d'ulcés.	22 cc. liquide blanchâtre, contenant des débris de pruneaux. H cl L : 0 H cl C : 0,10 A T : 0,21	H cl L : 0,73 H cl C : 2 A T : 2,92	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 112. — Jac	Syndromegastrique hyperchlordrique.	35 cc. liquide sans débris. H cl L : 0,79 H cl C : 0,14 A T : 1,1	H cl L : 0,36 H cl C : 1,64 T A : 2,29	Weber négatif.
OBSERV. n° 113. — Le Go	Syndrome douloureux tardif. Cœlialgie. Aortisme abdominal.	40 cc. liquide avec débris de pruneaux. H cl L : 1,38 H cl C : 0,73 A T : 1,60	H cl L : 1,84 H cl C : 0,40 A T : 2,36	Weber négatif.
OBSERV. n° 114. — Fa	Dyspepsie. Névropathe.	65 cc. liquide jaunâtre sans débris. H cl L : 1,71 H cl C : 2,20 A T : 2,21	H cl L : 1,27 H cl C : 1,82 A T : 3,68	Weber (fèces) négatif.

DIAGNOSTIC	TURBIE A JEUN	TITRAGE APRÈS REPAS DÉTRECUE	HÉMORRAGIES OCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 115. — Bo.....	Syndrome précoce flatueux.	65 cc. liquide fortement teinté en jaune avec infimes débris. H cl L : 2,37 H cl C : 0,07 A T : 2,55	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 116. — He.....	Dyspepsie gastro-intestinale fonctionnelle.	40 cc. liquide fortement teinté en jaune sans débris. H cl L : 0,43 H cl C : 0,29 A T : 0,91	
OBSERV. n° 117. — Can.....	Dyspepsie gastro-intestinale fonctionnelle.	45 cc. liquide avec petits débris. H cl L : 0,87 H cl C : 0,29 A T : 4,31	
OBSERV. n° 118. — La.....	Troubles dyspeptiques. Névropathe. Aérophagie.	Quelques débris alimentaires. 0	
OBSERV. n° 119. — Lau.....	Dyspepsie à type hyperchlorhydrique avec légère hypersecretion permanente. Cœliakie.	85 cc. liquide blanchâtre. Quelques débris de pruneaux. H cl L : 1,02 H cl C : 0,25 A T : 4,46	Weber (fèces) négatif.

Observ. n° 120. — Mon. Dyspepsie à type hyperchlorhydrique.	60 cc. liquide blanchâtre sans débris de pruneaux. H el L : 3,24 H el C : 0,18 A T : 3,54	H el L : 4,38 H el C : 4,46 A T : 3,17 Weber (fèces) négatif.
Observ. n° 121. — Crom. Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux. Ptose. Hémorroïdes. Lombalgies.	30 cc. liquide blanchâtre ne contenant pas de débris de pruneaux. H el L : 0,80 H el C : 0,44 A T : 1,38	H el L : 0,25 H el C : 4,27 A T : 3,06
Observ. n° 122. — Pal. Syndrome hyperchlorhydrique avec vomissements à type névropathique. Est avant tout un névropathie.	30 cc. liquide teinté en jaune vert contenant quelques débris alimentaires. H el L : 0 H el C : 0,47 A T : 0,73	H el L : 4,75 H el C : 1,13 A T : 2,88 Weber (fèces) négatif.
Observ. n° 123. — Pét. Troubles dyspeptiques. Troubles intestinaux prédominants avec ptose et un peu de cœliagie.	25 cc. liquide ne contenant pas de débris de pruneaux. H el L : 0,40 H el C : 0,30 A T : 4,02	H el L : 4,17 H el C : 4,17 A T : 2,59
Observ. n° 124. — Mart. Trouble dyspeptiques intestinaux.	Négatif.	H el L : 0,47 H el C : 0,40 A T : 4,09

DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 125. — Si.....	Dyspepsie ancienne, sans signe d'organopathie gastrique. 75 cc. avec débris alimentaires. H cl L : 0 H cl C : 0,22 A T : 0,47	H cl L : 0,29 H cl C : 1,53 A T : 2,21	
OBSERV. n° 126. — San.....	Dyspepsie intestinale fonction- nelle. Négatif.	H cl L : 1,46 H cl C : 0,98 A T : 2,74	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 127. — Ri.....	Dyspepsie à type hyperchlo- ridrique. Névropathie. 30 cc. avec débris. H cl L : 0,76 H cl C : 0,32 A T : 1,27	H cl L : 1,40 H cl C : 0,73 A T : 2,41	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 128. — Bar.....	Malaises gastriques précoces et tardifs avec légère ptose. Quelques gouttes de liquide.	H cl L : 2,73 H cl C : 0,54 A T : 3,58	Weber douteux.
OBSERV. n° 129. — Du.....	Syndrome hyperchlohydrique. 50 cc. jaune sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,47 A T : 0,73	H cl L : 1,02 H cl C : 0,80 A T : 1,97	
OBSERV. n° 130. — Poi.....	Malaises soit tardifs, soit pré- coces. Aérophagie. 30 cc. assez épais. H cl L : 0,91 H cl C : 0,43 A T : 1,53	H cl L : 1,38 H cl C : 0,21 A T : 2,19	Weber (fèces) négatif.

OBSERV. n° 131. — Cou.....	Dyspepsie. Troubles intestinaux.	10 cc. sans débris. H cl L : 1,05 H cl C : 0,52 A T : 2,04	H cl L : 0,73 H cl C : 0,95 A T : 1,97	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 132. — Cha.....	Dyspepsie intestinale.	45 cc. liquide blanchâtre avec mucosités sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,36 A T : 0,54	H cl L : 0 H cl C : 1,27 A T : 1,82	
OBSERV. n° 133. — Cha.....	Syndrome à type hyperchlordrique.	30 cc. liquide vert, résidus alimentaires. H cl L : 0 H cl C : réaction jaune d'or immédiate. A T : 0,47	H cl L : 0 H cl C : 0,36 A T : 0,76	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 134. — Cha.....	Syndrome hyperchlordrique. Aérophagie. — Nervosisme.	10 cc. sans résidus. H cl L : 0,87 H cl C : 0,02 A T : 1,27	H cl L : 1,82 H cl C : 1,09 A T : 3,54	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 135. — Toul.....	Colite muqueuse.	6 cc. filant sans débris. H cl L : 0,73 H cl C : 0,21 A T : 1,09	H cl L : 1,82 H cl C : 0,91 A T : 3,54	
OBSERV. 136. — Gaut.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	Quelques gouttes de liquide épais sans débris.	H cl L : 0,87 H cl C : 1,09 A T : 2,26	Weber (fèces) négatif.

	DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMOIRRAGIES COCCULES FÉCALES
OBSERV. n° 137. — Mai.....	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	10 cc. liquide blanc assez épais sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,48 A T : 0,25	H cl L : 0 H cl C : 0,91 A T : 1,82	
OBSERV. n° 138. — Juin.....	Syndrôme gastrique précoce. Amaigrissement. Sclérose d'un sommet.	Négatif.	H cl L : 0 H cl C : 1,02 A T : 1,31	Weber (féces), négatif.
OBSERV. n° 139. — Juin.....	Etat dyspeptique gastro-intestinal.	15 cc. liquide à peine teinté. H cl L : 0 A T : 0,01	H cl L : 0 A T : 0,73	Weber négatif.
OBSERV. n° 140. — Mars.....	Troubles dyspeptiques. Atonie stomacale. Pleurésie, Spasme colique.	10 cc. légèrement teinté. H cl L : 0 A T : 0,001	H cl L : 0,91 H cl C : 2 A T : 4	Weber négatif.
OBSERV. n° 141. — Car.....	Syndrôme gastrique tardif, avec sclérose d'un sommet pulmonaire.	Négatif.	H cl L : 1,82 H cl C : 0,36 A T : 2,62	Weber négatif.
OBSERV. n° 142. — Jan.....	Syndrôme gastrique précoce. Anachlorhydrie.	33 cc. liquide très vert, sans pruneaux. H cl L : 0	H cl L : 0 H cl C : 0,91 A T : 1,82	Weber (féces), négatif.

OBSERV. n° 143. — Gui	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux. Sclérose ancienne d'un sommet pulmonaire.	30 cc. sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,02 A T : 0,36	H cl L : légères traces H cl C : 1,09 A T : 1,46	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 144. — Mar	Troubles dyspeptiques. Colopathie nerveuse.	Négatif.	H cl L : 1,09 A T : 3,28	
OBSERV. n° 145. — Rej	Colopathie chronique avec mucoorrhée.	30 cc. sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,48 A T : 0,40	H cl L : légères traces. H cl C : 2,92 A T : 4,15	
OBSERV. n° 146. — Vai	Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.	P. cc. sans débris. H cl L : 0,04 H cl C : 0,36 A T : 1,91	H cl L : 0,73 A cl C : 2,19 A T : 3,28	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 147. — Bou	Dyspepsie gastro-intestinale. Syndrome hyperchlorhydrique.	40 cc. liquide légèrement muqueux, sans coloration. H cl L : 1,27 H cl C : 0,54 A T : 2	H cl L : 1,24 H cl C : 1,46 A T : 3,46	Weber négatif.
OBSERV. n° 148. — Dur	Syndrome hyperchlorhydrique, sans hyperchlorhydrie notable au chimisme.	1 ^{er} septembre : négatif. 7 septembre : 40 cc. liquide muqueux, légèrement vert. H cl L : 0,54 H cl C : 0,40 A T : 1,27	H cl L : 1,09 H cl C : 4,27 A T : 2,92	Weber négatif.

OBSERV. n°	DIAGNOSTIC	TURAGE A JEUN	TURAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCULAIRES RÉTINALES
OBSERV. n° 149. — Dag.....	Dyspepsie chronique. Atonie. Ptose.	32 cc. verdâtre sans débris. H cl L : 0,21 H cl C : 0,73 A T : 1,28	H cl L : 0,51 H cl C : 1,4 A T : 1,82	Weber négatif.
OBSERV. n° 150. — Cour.....	Dyspepsie nerveux.	1 a 2 cc.	H cl L : 1,64 H cl C : 1,91 A T : 4,01	Weber négatif.
OBSERV. n° 151. — P.....	Entéro-colopathie chronique, avec poussées intermittentes aiguës muco-membraneuses.	5 cc. liquide clair, sans débris. H cl L : 0,51 H cl C : 0,02 A T : 1,94	H cl L : 1,46 H cl C : 0,54 A T : 2,77	Weber négatif.
OBSERV. n° 152. — Bat.....	Dyspepsie gastro-intestinal. Ptosique.	14 cc. quelques débris. H cl L : 1,09 H cl C : 0,36 A T : 2	H cl L : 1,89 H cl C : 0,73 A T : 3,46	Weber négatif.
OBSERV. n° 153. — Ser.....	Syndrome hyperchlorhydrique.	25 cc. liquide sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,54 A T : 0,69 50 cc. jaune vert sans débris. H cl L : 0 A T : 0,73	H cl L : 0,73 H cl C : 1,46 A T : 3,50	Cytologie gastrique négative au point de vue d'une organo- pathie.

OBSERV. n° 154. — Cham.....	Syndrome gastrique précoce et troubles intestinaux. Sclérose ancienne d'un sommet pulmonaire.	Négatif	H cl L : 0 H cl C : 0,80 A T : 1,64	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 155. — Gou.....	Syndrome précoce. Aérophagie. Ptose.	Négatif	H cl L : 1,18 H cl C : 0,73 A T : 2,19	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 156. — Re.....	Troubles intestinaux. Hyperchlorhydrie légère. Ascariodiose et trichocéphalose.	Négatif	H cl L : 1,71 H cl C : 0,29 A T : 2,66	
OBSERV. n° 157. — Tho.....	Ancien paludéen. Dyspepsie, hyperchlorhydrique avec aérophagie et diarrhée intermittente.	33 cc. de liquide jaunâtre sans débris. H cl L : 0,09 H cl C : 0,48 A T : 1,57	H cl L : 1,64 H cl C : 1,64 A T : 3,06	
OBSERV. n° 158. — Val.....	Tantôt syndrome précoce, tantôt douleur tardive.	28 cc. blanchâtre avec quelques débris. H cl L : 0 H cl L : 0,44 A T : 0,25	H cl L : 0,47 H cl C : 0,54 A T : 1,38	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 159. — Sal.....	Dyspepsie intestinale. Ascariodiose.	Négatif	H cl L : 0 H cl C : jaune d'or. A T : 0,40	

DIAGNOSTIC	TUBAGE A JEUN	TUBAGE APRÈS REPAS D'ÉPREUVE	HÉMORRAGIES OCULTES FÉCALES
OBSERV. n° 160. — Bri..... Syndrôme hyperchlorhydrique. 48 cc. épais jaunâtre. Nombreux débris alimentaires et de pruneaux. H cl L : 0 H cl C : 0,36 A T : 1,02		H cl L : 1,24 H cl C : 1,17 A T : 3,54	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 161. — Leb..... Syndrôme gastrique précoce. 35 cc. verdâtre, sans débris. Erichocéphalose et ascari-diose.	verdâtre, sans débris. H cl L : 2,11 H cl C : 2,58 A T : 2,81	H cl L : 4,89 H cl C : 1,02 A L : 3,61	Weber (fèces) négatif.
OBSERV. n° 162. — Bal..... Troubles gastro-intestinaux. 50 cc. jaunâtre sans débris. Anachlorhydrie.	jaunâtre sans débris. H cl L : 0 H cl C : 0,41 A T : 0,62	H cl L : 0 H cl L : 1,42 A T : 2,41	
OBSERV. n° 163. — Bou..... Troubles digestifs. Malaises gastriques. Alternative de diarrhée et de constipation. Colialgie.	22 cc. liquide jaune sans débris. H cl L : 1,64 H cl C : 0,54 A T : 2,37	H cl L : 1,67 H cl C : 1,71 A T : 3,54	
OBSERV. n° 164. — Tab..... Troubles gastro-intestinaux. Appendicite chronique.	12 cc. fortement teinté au jaune sans débris. H cl L : 0 H cl C : réaction jaune d'or immédiate. A T : 0,18	H cl L : 0 A T : 0,06	

OBSERV. n° 165. — Val..... Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux. - Colopathie prédominante.	200 cc. liquide blanchâtre avec minimes débris. H cl L : 0 H cl C : indosable A T : —	H cl L : 0 A T : 0,5f
OBSERV. n° 166. — Sa..... Dyspepsie surtout intestinale. Névropathie.	48 cc. très épais fortement jauné avec quelques débris. H cl L : 0 H cl C : 1,02 A T : 1,13	H cl L : 0 H cl C : 0,55 A T : 1,64
OBSERV. n° 167. — Lous..... Dyspepsie. Névropathie.	65 cc. très jaune sans débris. H cl L : 0,65 H cl C : 0,36 A T : 1,31	H cl L : 1,02 H cl C : 0,32 A T : 1,68
OBSERV. n° 168. — Bou..... Entérite améliorée.	32 cc. infimes débris de pruneaux. H cl L : 0 H cl C : 0,07 A T : 0,18	H cl L : 0 H cl C : 0,95 A T : 1,35

Webér (fèces)
négatif

CHAPITRE III

Nous pouvons donc admettre qu'il existe trois grands types de malades observés :

1° Dans un premier type, il s'agit de dyspepsies d'origine fonctionnelle, ne présentant aucun signe clinique, ni radiologique, ni coprologique permettant d'affirmer l'existence d'une organopathie digestive. Nous nous répétons volontairement et disons que quelques ulcus ont pu s'égarer parmi ces malades et qu'il ne faut pas être trop absolu dans l'affirmation du diagnostic :

2° Dans un second type, nous sommes en présence de malades chez lesquels le diagnostic d'ulcus est affirmable : neuf diagnostics ont d'ailleurs pu être vérifiés opératoirement.

Les résultats précis du tubage à jeun ont été égarés chez un malade atteint d'ulcus pylorique (observ. n° 8 Pro...) et chez un malade atteint d'ulcus de la petite courbure (observ. n° 4 Darc...) ; nous gardons cependant les deux cas dans notre statistique, parce que dans les observations il est dit que chez ces malades le tubage à jeun, non seulement n'a pas été négatif, mais a permis de retirer une certaine quantité de suc gastrique avec débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu.

3° Dans un troisième type enfin, le diagnostic de cancer a pu être affirmé : trois malades seulement ont pu être observés par nous.

Quels furent chez chacun de ces malades les résultats du tubage à jeun ? Quelle fut leur valeur dans l'affirmation de notre diagnostic ? Voilà ce qu'il nous reste à étudier et voilà ce que nous allons considérer dans ce chapitre.

Nous avons donc à examiner successivement : la quantité de liquide extrait à jeun, sa teneur en acide chlorhydrique libre, en acide chlorhydrique combiné et en acidité totale et les rapports existants entre ces différentes quantités ; nous envisagerons également les rapports qui existent entre l'intensité de la sécrétion gastrique à jeun et l'acidité du liquide extrait ; entre les résultats du tubage à jeun et les résultats du tubage après repas d'épreuve, et nous terminerons par l'examen des caractères physiques des liquides extraits à jeun (présence et importance des résidus alimentaires, débris de pruneaux, etc.).

§ 1. — Quantité de liquide extrait à jeun

Dans quels cas avons-nous extrait du liquide à jeun ? Quelle fut la quantité de liquide ? Quelle fut son importance ? Avons-nous eu des tubages négatifs ? Quels sont les diagnostics correspondants à ces résultats ?

a) *Quantités de liquide supérieures à 100 centimètres cubes :*

3 dyspepsies étiquetées fonctionnelles et dans lesquelles l'organopathie n'a pu être décelée.

8 ulcus affirmables cliniquement ou vérifiés opératoirement.

b) *Quantités de liquide variant entre 50 et 100 centimètres cubes :*

23 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

14 ulcus.

c) *Quantités de liquide inférieures à 50 centimètres cubes :*

98 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

15 ulcus.

3 néoplasmes.

d) *Tubages à jeun négatifs :*

Nous n'avons pratiqué que deux tubages négatifs chez les malades atteints d'ulcus ou soupçonnés d'ulcus ; aucun tubage négatif chez nos ulcus vérifiés opératoirement. Par contre, notre statistique nous donne un cancer de l'estomac cliniquement évident (observ. n° 41 Laqu...) et 19 dyspepsies d'origine fonctionnelle, chez qui le tubage à jeun a été négatif.

L'examen de ces chiffres nous permet de dire que la constatation d'un liquide d'hypersécrétion est en faveur du diagnostic d'ulcus ; il est bien évident que ce signe ne permet pas à lui seul d'affirmer l'ulcus ; il peut, quand les signes cliniques, hémocoprologiques et radiologiques font pencher vers le diagnostic d'organopathie digestive, servir d'appoint dans l'affirmation du diagnostic. Disons également que dans notre statistique les quantités énormes de liquide extrait à jeun sont l'apanage des ulcus, et surtout des ulcus orificiels : nous trouvons, par exemple, un malade (observ. n° 25 Poutr...) atteint d'ulcus pylorique et chez qui le tubage à jeun permet de retirer 500 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre avec débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu :

11 malades ont des quantités supérieures à 100 centimètres et sur ces 11 malades nous remarquons 8 ulcus affirmables cliniquement, dont 4 orificiels.

D'autre part, aucun de nos malades atteints d'ulcus ou soupçonnés d'ulcus n'a eu, à part Mar... et Oll..., un tubage à jeun négatif : toujours nous avons pu extraire chez eux une quantité de liquide plus ou moins considérable et d'après les résultats de nos observations nous pouvons dire que nous n'avons pas trouvé d'ulcus sans gastrosuccorrhée et qu'au contraire la présence d'une quantité assez considérable de liquide à jeun dans l'estomac était en faveur d'un diagnostic d'ulcus et surtout d'ulcus orificiel.

§ 2. — Rapport entre l'acide chlorhydrique libre et l'acidité totale

D'après Ramond, on peut poser en principe que le rapport $\frac{\text{H cl L}}{\text{AT}}$ est normalement aux environs de 0,54 :

étudions ce rapport chez chacun de nos malades et voyons les cas où le rapport est normal et les cas où il est supérieur ou inférieur à la normale.

a) $\frac{\text{H cl L}}{\text{AT}}$ normal, c'est-à-dire aux environs de 0,54,

soit entre 0,45 et 0,60.

15 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

9 ulcus.

b) $\frac{\text{H cl L}}{\text{AT}}$ au-dessous de la normale, c'est-à-dire infé-

rieur à 0,45.

82 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

14 ulcus.

3 néoplasmes.

c) $\frac{\text{H cl L}}{\text{AT}}$ au-dessus de la normale, c'est-à-dire supérieur à 0,60.

29 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

14 ulcus.

Cet examen nous donne des renseignements utiles : remarquons tout d'abord la très faible proportion de rapports normaux et, au contraire, la grosse proportion de rapports inférieurs à la normale ; la majorité de nos dyspeptiques étiquetés cliniquement fonctionnels rentrent dans cette dernière catégorie et nos 3 cas de cancers de

l'estomac ont également un rapport $\frac{\text{H cl L}}{\text{AT}}$ au-dessous de 0,45 ; nos observations d'ulcus nous permettent, au contraire, d'enregistrer en général des taux d'acidité très supérieurs à 0,60.

§ 3. — Comparaison entre la quantité d'acide chlorhydrique libre après le tubage à jeun et la quantité d'acide chlorhydrique libre après le repas d'épreuve.

En général, nous trouvons des quantités assez différentes suivant qu'on a affaire au tubage à jeun et au tubage après repas d'épreuve ; certaines observations nous donnent même des quantités d'acide chlorhydrique libre égales à zéro après le tubage à jeun et, au con-

traire, des quantités assez importantes après le repas d'épreuve ; dans d'autres cas, nous trouvons, au contraire, un dosage d'acide chlorhydrique libre assez important après le tubage à jeun et un dosage négatif après le repas d'épreuve. L'examen attentif et comparatif des résultats de dosage ne nous a donné aucune indication précise, aucune considération intéressante et nous ne croyons pas devoir nous étendre outre mesure sur cette question. Voyons cependant les cas où nous trouvons des quantités d'acide chlorhydrique libre à peu près identiques après le tubage à jeun et après le repas d'épreuve ; il s'agit de :

17 ulcus où nous trouvons une grosse quantité d'acide chlorhydrique libre.

3 cancers.

46 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

§ 4. — Proportion comparée de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chlorhydrique combiné après le repas d'épreuve.

Labbé, qui a récemment étudié la question, pose en principe qu'après le repas d'épreuve, et chez les sujets dont le suc gastrique est normal, l'acide chlorhydrique libre était en moyenne deux fois plus abondant que l'acide chlorhydrique combiné. Pour lui, le chiffre moyen est : pour H cl L : 0,94 ; pour H cl combiné : 0,53 p. 1000 ; le rapport entre H cl L et H cl C serait donc pour Labbé

égal à environ 2/1 chez les individus dont le suc gastrique est normal.

Dans notre statistique, nous trouvons, en général, le rapport $\frac{\text{H cl G}}{\text{H cl L}}$ après tubage à jeun très inférieur au rapport 2/1 ; mais nous notons qu'en général, chez les malades atteints d'ulcus, ou de troubles dyspeptiques à type hyperchlorhydrique, l'H cl libre augmentait et devenait deux à trois fois plus abondant que l'H cl combiné ; tandis qu'au contraire chez les cancéreux et les dyspeptiques à type hypochlorhydrique (quelques intestinaux, quelques ptosiques, les névropathes) l'acide chlorhydrique libre diminuait et devenait sinon égal, tout au moins inférieur à l'acide chlorhydrique combiné. Les variations de l'acide chlorhydrique libre par rapport à l'acide chlorhydrique combiné sont donc un élément intéressant à étudier et il est bien évident que dans certains cas douteux, on pourrait se baser sur sa plus ou moins grosse quantité pour affirmer l'existence et la nature d'une organopathie digestive.

§ 5. — Rapport entre la quantité et le taux d'acidité du liquide extrait à jeun

A ce point de vue, d'ailleurs, nous avons pu faire une remarque sur laquelle il serait bon d'insister : étudiant, en effet, les rapports existant entre la quantité et le taux d'acidité du liquide extrait à jeun, nous avons pu noter que dans notre statistique une hypersécrétion marquée

correspondait toujours à un taux d'acidité assez important.

Nos cas d'ulcus ou de reliquats d'ulcus, qui ont une hypersécrétion à jeun assez notable, ont également, d'une façon générale, une teneur en acidité assez importante : retenons, par exemple :

L'observation n° 13 Abd... : ulcus pylorique, où nous extrayons 250 cc. de liquide et où nous trouvons $\frac{0,80}{1,46}$

comme taux d'acidité :

L'observation n° 6 Guill... ;

L'observation n° 15 Eyr... ;

L'observation n° 9 Silv... ;

L'observation n° 25 Poutr... ;

Etc.

Chez nos cancéreux, au contraire, le tubage à jeun ramène peu de liquide et la teneur de ce liquide en acide chlorhydrique libre et en acidité totale est presque nulle ; rappelons à ce sujet que chez Bru... nous ne retirons que 20 cc. de liquide dépourvu d'acide chlorhydrique libre ; que chez Laqueu... nous pratiquons un tubage négatif et que chez Gon... nous ne retirons que quelques gouttes d'un liquide épais sans débris alimentaires.

L'étude du rapport entre la quantité et le taux d'acidité du liquide extrait à jeun est donc intéressante et nous permet une remarque importante dans l'affirmation d'organopathie digestive.

§ 6. — Résidus alimentaires

Il nous reste enfin à considérer et à étudier les cas où le tubage à jeun ramène un liquide gastrique chargé de résidus alimentaires plus ou moins reconnaissables, ces débris pouvant être constitués par une bouillie alimentaire épaisse ou par quelques débris de pruneaux peu importants : quelques fragments, par exemple.

Vers 1894, Hayem écrivait que tout individu ayant dans l'estomac d'une façon non passagère mais durable, après le jeun de la nuit, un liquide résiduel souillé de débris alimentaires reconnaissables, était atteint de sténose pylorique ou sous-pylorique.

Quels sont, dans notre statistique, les cas où nous trouvons au tubage à jeun un liquide souillé de débris alimentaires facilement reconnaissables ou des résidus de pruneaux peu importants ? Ce sont :

22 ulcus.

41 dyspepsies d'origine fonctionnelle.

1 néoplasme.

Le liquide extrait à jeun est riche en résidus alimentaires dans les cas d'ulcus orificiels, où nous trouvons comme résultats du tubage, soit :

Bouillie alimentaire de la veille, soit : débris alimentaires importants, soit : résidus abondants. L'ancienne affirmation d'Hayem paraît donc se vérifier ici d'une façon non douteuse et nous ne trouvons la présence de traces de pruneaux et de débris insignifiants que dans nos ulcus extra-orificiels et dans nos dyspepsies d'origine fonctionnelle.

§ 7

Telles sont les conclusions que nous donnent l'étude de la quantité de liquide extrait à jeun et l'examen attentif et comparatif des résultats du chimisme gastrique chez nos 168 dyspeptiques ; voyons, dans un dernier paragraphe, les considérations auxquelles nous sommes amenés en partant du diagnostic clinique et en revoyant pour chaque malade les résultats de nos tubages.

Dans nos cas d'ulcus vérifiés, tenant évidemment à l'écart l'observ. n° 4 Darg... et l'observ. n° 8 Pro..., où manque l'analyse du chimisme gastrique, nous constatons que tous nos malades atteints d'ulcus vérifiés opératoirement, ont une quantité de liquide variant entre 30 et 160 cc. et que 4 d'entre eux ont plus de 100 cc. de liquide à jeun dans l'estomac ; tous ont à l'examen une quantité notable d'acide chlorhydrique libre.

Les autres ulcus, et nous éliminons de ce cadre les 4 cas d'ulcus guéris et de reliquats d'ulcus, ont à jeun des quantités de liquide variant entre 25 et 500 cc., 4 ont des quantités supérieures à 100 cc., 10 des quantités variant entre 50 et 100, 2 malades seulement, Marq... obs. n° 23 et Oll... observ. n° 29, n'ont pas de liquide à jeun dans l'estomac ; 2 malades sur 26, Mar... observ. n° 17 et Ki... observ. n° 22, ont au tubage à jeun un liquide dépourvu d'acide chlorhydrique libre.

Trou... observ. n° 35 ne donne au tubage à jeun que 10 cc. de liquide sans débris et un taux d'acidité très peu important, mais il faut remarquer qu'au point de vue clinique, radiologique et coprologique, un diagnostic d'ulcéro-néoplasme se dégage de l'étude de ce malade

Disons enfin que chez nos cancéreux le tubage à jeun ne ramène que très peu ou pas de liquide, avec un taux d'acidité très peu important : et que chez nos dyspeptiques fonctionnels nous trouvons 24 tubages négatifs et 26 ayant entre 50 et 115 cc. de liquide. Chez ces 126 malades nous trouvons 44 tubages où le liquide retiré ne renferme pas d'acide chlorhydrique libre ou n'en renferme que des traces infimes.

CONCLUSIONS

En ce qui concerne le tubage gastrique à jeun, d'après l'examen des résultats obtenus chez 168 dyspeptiques, nous pouvons conclure :

I. — Que la présence d'un liquide d'hypersécrétion abondant (supérieur à 100 centimètres cubes) dans l'estomac à jeun est, d'une façon générale, symptomatique d'un ulcus.

II. — Qu'une teneur considérable de ce liquide en acide chlorhydrique libre est également en faveur d'un ulcus.

III. — Et qu'à plus forte raison, une acidité chlorhydrique considérable coïncidant avec une hypersécrétion marquée doit : ou faire affirmer l'ulcus ou faire appoint à l'affirmation du diagnostic quand celui-ci est encore hésitant.

IV. — Qu'en quatrième lieu, la constatation de résidus alimentaires, du moins en quantité notable, est un signe d'obstacle pylorique, et quand, cliniquement, on incline vers le diagnostic d'ulcus, c'est à l'ulcus pylorique duodénal ou duodéno-pylorique auquel on doit penser.

V. — Cependant, dans certaines dyspepsies fonctionnelles, il peut y avoir, au moins temporairement, une quantité notable de suc gastrique actif à jeun (25 fois sur

126 cas nous avons trouvé des quantités variant entre 50 et 115 cc.), et inversement dans certains ulcus cette gastro-succhorrée peut être minime ou exceptionnellement nulle, du moins dans certaines phases de l'affection. En dehors des cas typiques dont nous avons parlé plus haut, on ne peut donc conclure formellement sur un seul tubage à jeun, ni isoler les résultats de l'exploration gastrique à la sonde de ceux fournis par les autres modes d'exploration.

VI. — Le tubage à jeun fournit des résultats très intéressants et supérieurs en tout cas dans leur signification à ceux du chimisme après repas d'épreuve. Ces résultats demandent cependant à être interprétés et rapprochés des constatations fournies par l'étude clinique, radiologique, coprologique et par l'examen cytologique du liquide de lavage stomacal.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

ROQUE.

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 août 1919.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURGET. — Les maladies de l'estomac.
- CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- DEBOVE-ACHARD et CASTAIGNE. — Manuel des maladies du tube digestif.
- HAYEM et LION. — Maladies de l'estomac.
- LABBÉ. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 16 mai 1919.
- LEVEN. — La dyspepsie.
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive.
- LION. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.
- MATHIEU et ROUX. — Pathologie gastro-intestinale.
- MATHIEU-SENCERT et TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.
- PRON. — Exploration manuelle de l'estomac.
- Le contenu stomacal à jeun à l'état pathologique et les catarrhes gastriques.
- RAMOND et ROBERT. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 6 décembre 1918. (Discussion : Ramond-Carnot et Oettinger.
- SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.

